

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Puskesmas

2.1.1 Definisi Puskesmas

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 disebutkan bahwa Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Kepmenkes RI No 128/MENKES/SK/II/2004, 2004). Puskesmas merupakan sarana atau organisasi yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan memiliki kewajiban akuntabilitas. Puskesmas sendiri adalah organisasi kesehatan fungsional, pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga mengedepankan peran serta masyarakat, dan memberikan pelayanan yang menyeluruh, terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya (Widianti et al., 2018). Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam sistem pelayanan kesehatan wajib melakukan upaya kesehatan wajib dan beberapa upaya kesehatan pilihan yang sesuai dengan kondisi, kebutuhan, tuntutan, kemampuan dan inovasi serta kebijakan pemerintah daerah setempat. Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan secara menyeluruh dan terpadu dilakukan melalui upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan disertai dengan upaya penunjang yang diperlukan (Syifani dan Dores, 2018).

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Rekam medis dapat berupa rekaman dalam bentuk sistem informasi yang dapat digunakan untuk mengumpulkan semua informasi yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan sehingga dapat digunakan untuk berbagai kepentingan, seperti pengambilan keputusan pengobatan untuk pasien, bukti legal pelayanan yang telah diberikan dan dapat juga digunakan sebagai bukti kinerja sumber daya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan (PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, 2008). Rekam medis adalah keterangan tertulis dan terekam mengenai identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosis, serta semua pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatannya, baik pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Oktavia dan Azmi, 2019). Rekam medis tidak hanya dapat di definisikan untuk pencatatan saja. Rekam medis adalah proses kegiatan yang dimulai dari penerimaan pasien, pencatatan data medis pasien, dan penanganan berkas rekam medis yang meliputi pengolahan data, penyimpanan, pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan atau peminjaman dan pelaporan (Abduh, 2021). Rekam medis adalah berkas yang menerangkan fakta tentang kondisi pasien, riwayat kesehatannya dulu dan sekarang serta pengobatannya yang ditulis oleh tenaga medis yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut (Mukharomah dan Putri, 2022).

2.2.2 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dibagi menjadi dua yaitu kegunaan primer dan kegunaan sekunder. Kegunaan primer rekam medis berkaitan langsung dengan pasien, diantaranya kepentingan pasien, kepentingan manajemen pelayanan, kepentingan penunjang pelayanan, dan kepentingan pembiayaan. Kegunaan sekunder rekam medis berkaitan dengan lingkungan tentang pelayanan pasien yaitu edukasi, peraturan, riset, penentuan kebijakan, dan industri (Nurchayati dan Lestari, 2022). Rekam medis memiliki banyak kegunaan antara lain berisi informasi tentang perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis yang dapat digunakan untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian (Wirajaya dan Dewi, 2019).

Kegunaan Rekam Medis dapat dilihat dari berbagai aspek yaitu :

1. Aspek administrasi, rekam medis memiliki nilai administrasi karena isinya berkaitan dengan tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis
2. Aspek medis, catatan tersebut menjadi dasar rencana pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
3. Aspek hukum, berkaitan dengan terjaminnya kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka upaya penegakan hukum dan penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek keuangan, isi rekam medis dapat digunakan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan.

5. Aspek penelitian, rekam medis memiliki nilai penelitian karena isinya berkaitan dengan data atau informasi yang dapat dijadikan sebagai aspek penelitian.
6. Aspek pendidikan, rekam medis memiliki nilai pendidikan karena isinya berkaitan dengan data atau informasi tentang kronologis pelayanan medis yang diberikan kepada pasien
7. Aspek dokumentasi, isi rekam medis merupakan sumber ingatan yang harus didokumentasikan untuk bukti pertanggungjawaban dan laporan sarana pelayanan kesehatan (Ramadani dan Heltiani, 2019).

2.3 Kelengkapan Diagnosis

Secara etimologis, diagnosis berasal dari kata Yunani yaitu gnosis yang berarti pengetahuan. Diagnosis adalah proses penting pemberian nama dan mengklasifikasikan penyakit pasien, yang merujuk pada kondisi pasien dan mengarah pada pengobatan (Aziz dan Karpen, 2019). Penentuan penyakit sebagai fungsi utama dalam mendiagnosis pasien yang melalui beberapa pemeriksaan, mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang lainnya. Penegakan diagnosis tidak dapat diubah maka diagnosis dalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas. Kelengkapan diagnosis dalam rekam medis penting karena merupakan alat komunikasi antar tenaga kesehatan tentang kondisi klinis pasien yang akan digunakan jika pasien berobat kembali dikemudian hari (Mauli, 2018). Diagnosis yang tertulis lengkap pada resume medis akan menunjang ketepatan pengkodean, namun apabila penulisan diagnosis tidak lengkap dapat berdampak terhadap ketidaktepatan pengkodean

serta dapat menambah beban kerja coder karena harus membaca keseluruhan rekam medis untuk memahami kondisi pasien sebelum proses pengkodean klinis (Arimbawa et al., 2022). Rendahnya persentase kelengkapan penulisan diagnosis pada resume medis akan mengganggu proses komunikasi antar tenaga medis karena kondisi pasien tidak dicatat secara lengkap dan spesifik melalui diagnosis pada resume medis (Safitri dan Yulia, 2021).

2.4 Ketepatan Kode Klinis

Menurut Kepmenkes RI No 377 Tahun 2007 tentang standar profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, seorang perkam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat dan sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan (Mardiawati et al., 2022). Ketepatan pengkodean berguna untuk memberikan asuhan keperawatan, penagihan biaya klaim, meningkatkan kualitas pelayanan, membandingkan data morbiditas dan mortalitas, mempresentasikan 10 besar penyakit, dan hal-hal lain yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan (Santi et al., 2022). Menurut Depkes RI Tahun 1997 ketepatan coding sangat bergantung kepada pelaksana yang melakukan pengelolaan rekam medis yaitu: 1) Dokter yang menegakkan diagnosis, 2) Perkam medis sebagai pemberi kode, dan 3) Tenaga kesehatan lainnya (Supriyadi dan Wagiran, 2018). Penentu ketepatan kode diagnosis dipengaruhi oleh spesifikasi penulisan diagnosis utama, setiap pernyataan diagnosis harus bersifat informatif atau mudah dipahami agar dapat mengklasifikasikan penyakit kedalam kategori ICD-10. Kualitas hasil pengkodean bergantung pada

kelengkapan diagnosis, keterbacaan tulisan dokter, profesionalisme dokter dan coder (Purwanti et al., 2020).

2.5 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)

2.5.1 Definisi ICD 10

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD-10) adalah panduan pengkodean diagnosis sebagai upaya pemberian kodefikasi yang benar dan tepat (Maisharoh et al., 2022). ICD-10 merupakan klafikasi diagnosis standar internasional untuk semua tujuan epidemiologi umum dan berbagai tujuan manajemen kesehatan (Maretha dan Astika, 2020). Sejak tahun 1993 WHO mewajibkan negara anggotanya termasuk Indonesia untuk menerapkan ICD-10 (*International Statical Classification Dease And Heath Problem 10 Revisi*) (Hidayad dan Sari, 2022). ICD-10 ialah klasifikasi stastik yang terdiri dari sejumlah kode alphaneumerik menurut kategori yang menggambarkan konsep seluruh penyakit (Safitri dan Yulia, 2021).

2.5.2 Struktur ICD-10

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Grpups (INA-CBGs), ICD-10 terdiri atas 3 volume.

1) Volume 1

Merupakan daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dengan inklusi dan eksklusi, beberapa aturan pengkodean,

klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas, definisi tentang penyebab kematian serta peraturan mengenai nomenklatur.

2) Volume 2

Merupakan manual instruksi dan pedoman penggunaan ICD-10

3) Volume 3

Merupakan merupakan indeks alfabetis, daftar komprehensif semua kondisi yang ada di daftar tabulasi (volume 1), daftar sebab luar gangguan (*external cause*), tabel neoplasma serta petunjuk memilih kode yang sesuai untuk berbagai kondisi yang tidak ditampilkan dalam Tabular List (Permenkes RI No 27, 2014).

2.5.3 Standar dan Etik Pengkodean

Standar dan etik pengkodean (coding) yang dikembangkan AHIMA, meliputi beberapa standar yang harus dipenuhi oleh seorang pengkode (coder) profesional, antara lain:

- a. Akurat, komplet, dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas;
- b. Pengkodean harus mengikuti sistem klasifikasi yang tepat;
- c. Pengkodean harus ditandai dengan laporan kode yang jelas dan konsisten pada dokumentasi dokter dalam rekam medis pasien;
- d. Pengkodean profesional harus berkonsultasi dengan dengan dokter untuk klarifikasi dan kelengkapan pengisian data diagnosis dan tindakan;
- e. Pengkodean profesional tidak mengganti kode pada bill pembayaran;
- f. Pengkodean profesional harus sebagai anggota dari tim kesehatan, harus membantu dan mensosialisasikan kepada dokter dan tenaga kesehatan lain;

- g. Pengkodean profesional harus mengembangkan kebijakan pengkodean di instusinya;
- h. Pengkode profesional harus secara rutin meningkatkan kemampuannya di bidang pengkodean;
- i. Pengkodean profesional senantiasa berusaha untuk memberi kode yang paling sesuai untuk pembayaran (Andalia dan Elsari, 2019) .

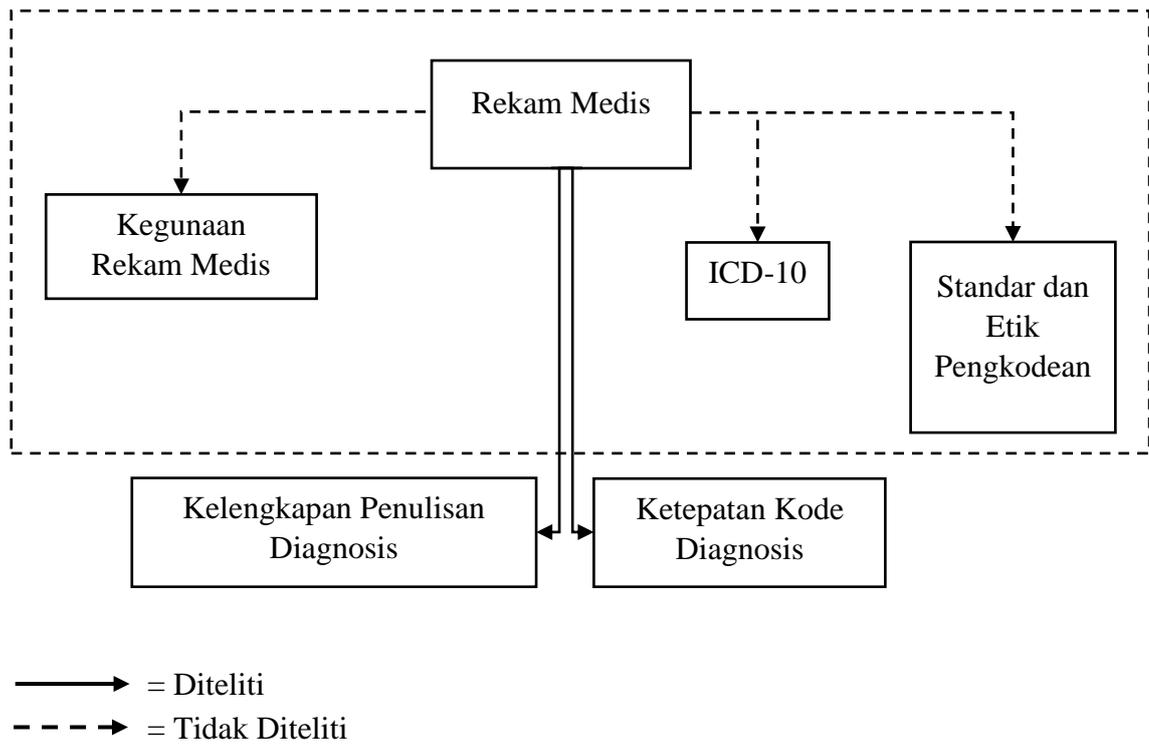
2.5.4 Tahapan Kode Diagnosis

Tahapan untuk mendapatkan kode yang tepat sesuai dengan ICD-10 yaitu :

- a. Mengidentifikasi diagnosis yang akan dikode dan membuka ICD-10 volume 3 yang berisi indeks alfabetis;
- b. Menentukan “lead term” (kata panduan) untuk gangguan/penyakit dan cedera yang menggambarkan kondisi patologis;
- c. Menelaah dengan seksama/cermat dan mengikuti seluruh petunjuk/catatan yang ada di bawah istilah yang akan dipilih pada ICD-10 volume 3;
- d. Membaca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” setelah lead term karena dapat memengaruhi penentuan nomor kode;
- e. Mengikuti dengan teliti setiap rujukan silang (cross references) dan/atau perintah “see”/“see also” yang terdapat dalam indeks alfabetis;
- f. Melakukan pengecekan dengan melihat daftar tabulasi pada ICD-10 volume 1;
- g. Mengikuti petunjuk inclusion dan/atau exclusion terms untuk kode yang terpilih mulai dari bagian bawah suatu subkategori, kategori, blok, hingga bab (chapter);

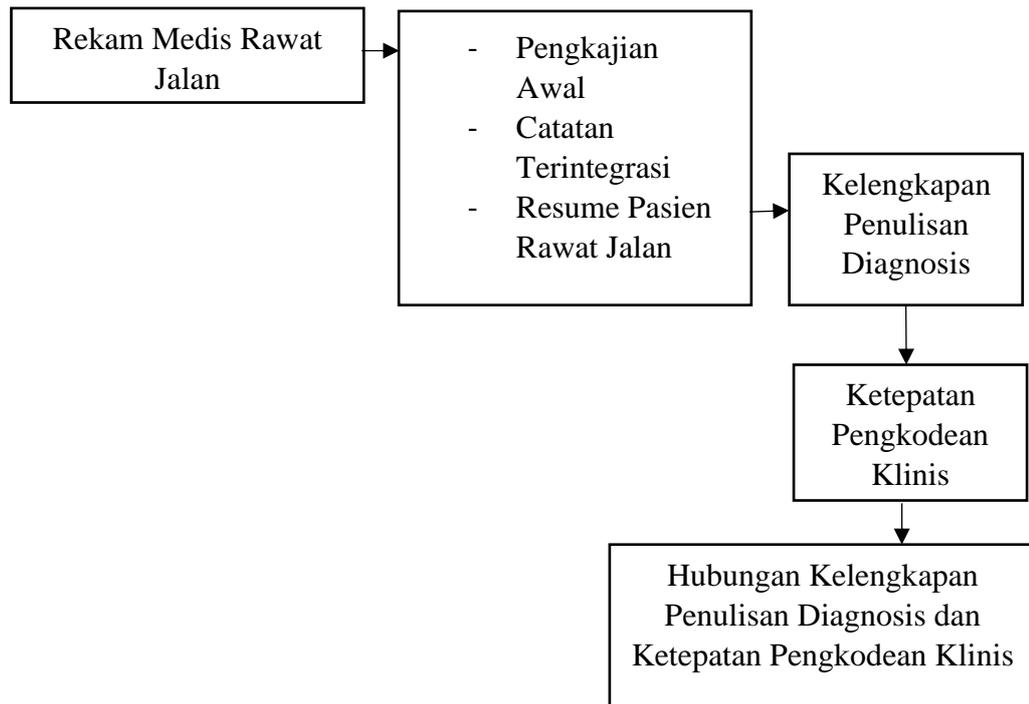
- h. Menentukan kode final yang dipilih dan menuliskannya pada rekam medis;
(Pramono et al., 2021).

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

2.8 Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini dijabarkan sebagai berikut

Ho : Tidak ada hubungan kelengkapan penulisan diagnosis dan ketepatan pengkodean klinis

Ha : Ada hubungan kelengkapan penulisan diagnosis dan ketepatan pengkodean klinis